Ein Fall

von

Innerer Einklemmung und deren Beseitigung.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexander-Universität zu Erlangen

zur

Erlangung der medicinischen Doktorwürde

vorgelegt

von

Wilhelm Fruth,
cand. med.
aus Flomersheim (Rheinpfalz).

Frankenthal.
Druck von Louis Göhring & Co.
1890.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Herr **Prof. Dr. Heineke**.

Seinen teuren Eltern

in aufrichtiger Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545809_0096

Die Frage, auf welche Weise man eine Brucheinklemmung zu beseitigen hat, ist längst gelöst und auch hinsichtlich der Anwendung der Taxis oder der Bruchoperation bestehen wohl heute Meinungsverschiedenheiten nicht mehr. Anders ist es auf dem verwandten Gebiete der inneren Einklemmung; freilich sind die Schwierigkeiten, die der Lösung der Frage, was man bei der inneren Einklemmung zu thun habe, entgegenstehen, auch sehr viel grösser. Ist doch schon die Diagnose einer inneren Einklemmung keine ganz bestimmte; dieselbe zeigt nur ein plötzlich zur Geltung gekommenes Hinderniss für die Fortbewegung des Darminhaltes und vielleicht auch für die des Blutes in den Gefässen der eingeklemmten Darmschlinge an. Auch ist diese allgemein gehaltene Diagnose der innern Einklemmung noch schwer zu stellen, insofern sich die Symptome von den Erscheinungen, die chronische Behinderungen in der Fortbewegung des Darminhaltes und manche Bauchfellentzündungen hervorrufen, schwer absondern lassen.

Hinsichtlich der Behandlung der innern Einklemmung sind besonders noch zwei Meinungen im Widerstreit, ob man eine exspectative oder eine operative Therapie anwenden solle; für die exspectative Therapie sind besonders die eingetreten, die innere Einklemmung sich von selbst lösen sahen und auf der andern Seite wieder den ungünstigen Ausgang operativer Eingriffe beobachteten. Die operative Therapie erscheint theoretisch als die rationellste, während die bisher ziemlich ungünstigen Erfahrungen nicht gerade zu ihren Gunsten sprechen.

Hat man eine operative Therapie gewählt, so kann auch die Art der Operation streitig sein. Das beste Verfahren, weil es eben auf Beseitigung des Hindernisses abzielt, ist unstreitig die Laparotomie; ein palliatives Verfahren, gleichsam nothgedrungener Ausweg, ist die Enterotomie.

Wenn es demnach nicht zweifelhaft erscheint, dass man die Laparotomie vor allem empfehlen sollte, so wird man doch bei schon sehr kollabirten Patienten die Operation auf die Enterotomie einschränken müssen, da der Patient voraussichtlich den bedeutenderen Eingriffen der Laparotomie erliegen würde.

Wo aber die Grenze liegt, darüber kann man zur Zeit noch nichts Sicheres feststellen und gehen hierin die Ansichten der Autoren noch weit auseinander.

Ohne dass ich mich jetzt über die verschiedenen hier in Rede stehenden Fragen auslasse, will ich gleich einen manches Interesse bietenden in hiesiger Klinik beobachteten und leider unglücklich verlaufenen Fall von innerer Einklemmung anführen und darlegen, welche Lehren sich aus demselben ziehen lassen.

Anamnese: Schörner, Rosine, 40 Jahre alt, aus Baiersdorf, Spezereihändlersfrau, war früher immer gesund. Patientin hat sechsmal geboren, die fünf ersten Geburten verliefen günstig, drei Kinder leben, eins starb an Pneumonie, eins an Diphtherie. Die sechste Geburt verlief schwer, in Narkose, das Kind war tot. Der behandelnde Arzt sah sich veranlasst, die Zange anzulegen und als die Extraktion hiemit nicht gelang, musste er die Wendung machen und die Geburt beendigen; daraufhin lag Patientin drei Wochen im Bett ohne weitere Beschwerden. Diese Geburt war vor nicht ganz 3 Jahren.

Nach 3 Monaten traten plötzlich im Unterleib diffuse Schmerzen auf, die sich an einer bestimmten Stelle nachweisen liessen, Patientin musste brechen und hatte Stuhlverstopfung. Der Arzt stellte die Diagnose auf Perito-

nitis (Perimetritis) und konnte die Krankheit bei entsprechender innerer Behandlung nach kurzer Zeit heben. Patientin hatte sich wieder ganz erholt, da kam ein neuer Anfall, der dem ersten ähnlich verlief; in der Zwischenzeit fühlte sich Patientin ganz wohl. So folgten sich die Anfälle in längeren oder kürzeren Zeiträumen mit verschiedener Dauer, aber immer mit denselben Erscheinungen. Patientin gibt an, dass es ihr manchmal sei, wie wenn ein etwa faustgrosser Körper in ihrem Unterleibe hin- und herfalle. Seit 5 Tagen nun, am 14. Januar hat sich wieder ein solcher Anfall eingestellt, aber noch heftiger als die früheren; am 15. hatte sie noch einmal Entleerung, dann nicht wieder. Patientin konnte fast nichts mehr geniessen, denn es trat Erbrechen auf, das zuletzt kotig riechende Massen zu Tage förderte. Sie wurde am 18. Januar Abends 8½ Uhr von ihrem Arzt zur Operation in die Klinik geschafft.

Status praesens: Patientin ist mittelgross, von gutem Ernährungszustand, gut entwickelter Muskulatur, Haut normal; das Abdomen ist nur wenig aufgetrieben und ziemlich weich. Der Perkussionsschall ist überall hell, tympanitisch. Die Palpation ist nirgends schmerzhaft, mit Ausnahme einer Stelle nach links und unten von dem Nabel. Hier scheint der Leib auch ein wenig mehr gespannt zu sein; bei der Untersuchung von der Vagina aus erscheint das Scheidengewölbe überall auffallend gespannt und fest. Druck links vom Uterus auf das Scheidengewölbe veranlasst der Patientin Schmerzen. Bei der Untersuchung vom Rektum aus ist nichts besonderes zu fühlen; doch kann man den Schmerz bei Druck auf eine Stelle links hinten vom Uterus ebenfalls nachweisen. Der Arzt, der die Patientin zuletzt behandelte, ist anwesend und erzählt, dass man nach links und unten vom Nabel einen schräg verlaufenden Strang gefühlt hätte und dass früher links über dem Poupartschen Bande auch ein Tumor fühlbar gewesen wäre.

Der Puls 120, ist von mittlerer Weite und Spannung. Beim Ausspülen des Magens entleert sich reichlich gewöhnlicher Mageninhalt ohne fäkulenten Geruch.

Abends 9 Uhr Narkose. Da die Schmerzen auf der linken Seite unter dem Nabel, die Schmerzen auf Druck gegen das linke Scheidengewölbe und die angegebenen Berichte des behandelnden Arztes auf ein linkes Hinderniss, wahrscheinlich im kleinen Becken, hinweisen, so wird an der linken Seite des Abdomen eingeschnitten.

Der Schnitt beginnt dicht oberhalb des Poupart'schen Bandes und reicht nach oben bis zur Mitte zwischen Nabel und Rippenbogen; nachdem das Peritoneum eröffnet ist, drängen sich sofort mehrere stark geblähte Dünndarmschlingen aus der Bauchhöhle hervor, der Dickdarm kommt gar nicht zu Gesicht. Ungefähr die Hälfte der Dünndarmschlingen wird herausgeholt, sodann wird mit der Hand in den Unterleib eingegangen und nach dem Hindernisse gesucht, man kann jedoch nirgends trotz wiederholter sorgfältiger Durchtastung einen Strang oder eine Geschwulst nachweisen, man ist deshalb genöthigt, von der Aufsuchung des Hindernisses abzustehen, die Enterotomie zu machen und einen widernatürlichen After zu bilden. Zunächst müssen die geblähten Dünndarmschlingen wieder reponirt werden, das ist unmöglich, es wird deshalb an 3 Stellen des Darmes durch den Troicart die Punktion vorgenommen, es entleeren sich viel Gas und Flüssigkeit. Nachdem die Punktionsstellen durch je eine Darmnaht wieder geschlossen sind, kann der Darm reponirt werden; nun wird die Wunde geschlossen bis auf einen nahe dem untern Winkel liegenden Theil, in letztern wird eine Dünndarmschlinge sorgfältig eingeheftet unter vollständigem Abschluss des Peritoneum, dann aufgeschnitten und nachdem eine grosse Menge von Inhalt abgeflossen ist, die Darmwand noch über die äussere Wunde gezogen und aussen an der Darmwand angeheftet. Dauer der Operation und der Narkose zwei Stunden.

19. Januar: Patientin war in der Nacht sehr unruhig. Puls 120, Temperatur normal. Aus der Darmöffnung hat sich wenig dünner Koth entleert. Der Leib ist nicht empfindlich. Urinentleerung erfolgt spontan.

20. Januar: Im wesentlichen dasselbe. Puls etwa allemal nach sechs Schlägen aussetzend.

21. Januar: Das Abdomen ist nicht aufgetrieben, bei tieferm Eindrücken etwas empfindlich. Puls 120 mittlerer Weite und Spannung, zeitweise aussetzend. Die Respiration ist etwas mühsam, doch ist auf den Lungen nichts besonderes nachzuweisen.

24. Januar: Der Zustand ist im wesentlichen unverändert. Der Kräftezustand ist ein wenig geringer. Aus dem künstlichen After entleeren sich dünnkothige Massen. Im genähten Theil der Wunde ist Eiterung bemerkbar; es werden die Nähte entfernt und die Wunde wieder geöffnet.

27. Januar: Patientin wird entschieden elender, der Puls kleiner, von Zeit zu Zeit aussetzend.

3. Februar: Der Kräftezustand der Patientin hat noch mehr nachgelassen. Auffällig ist eine sehr häufig sich einstellende Unruhe mit nachfolgendem Collaps unter grossem Schweiss. Durch den After sind nur einmal am 29. Januar einige Winde abgegangen. Erbrechen war einmal am 31. Januar vorhanden, grasgrüner Magensaft. Da eine Herstellung unter diesen Verhältnissen unmöglich ist, so wird eine nochmalige Laparotomie zur Aufsuchung und Beseitigung des Hindernisses beschlossen, das bei der Blähung des Dünndarmes und der Leerheit des Dickdarms am unteren Theil des Ileum gesucht werden muss.

3. Februar: Narkose. Die Wunde wird sorgfältig um den künstlichen After gereinigt, darnach in der linea alba eingeschnitten und die Bauchhöhle eröffnet. Bei der Untersuchung der Dünndarmschlingen wird es zur genauen Besichtigung nothwendig, den am künstlichen

After angehefteten Darm abzulösen; dasselbe wird von der früher angelegten Wunde aus vorgenommen und die Oeffnung im Darm durch Nähte wieder geschlossen. Beim weitern Absuchen der Dünndarmschlingen erweist sich noch eine Schlinge angewachsen, die ebenfalls gelöst werden muss; dabei reisst der Darm an einer Stelle ein, derselbe wird wieder vernäht. Jetzt lässt sich der ganze Dünndarm gut untersuchen, dadurch, dass man von einer Stelle aus nach oben und unten den ganzen Darm durch die Finger zieht; bei der Absuchung des untern Darmtheils kommt man plötzlich nicht weiter, weil eine Schlinge im kleinen Becken angeheftet erscheint. Der tastende Finger bemerkt nach rechts von der Mitte eine Lücke im Beckenboden des Peritoneum, durch welche die Schlinge sich in die Tiefe senkt, die Ränder des Ringes umschnüren die Schlinge ganz fest. Für das Gesicht kann man diese Stelle nicht zugänglich machen, doch gelingt es dem Finger, den Ring etwas einzureissen und dadurch so zu erweitern, dass sich die Darmschlinge hervorziehen lässt. Es kommt nun zu Tage eine Schlinge von etwa 8 ctm Länge, welche in ihrer Mitte, also am konvexesten Theil der Schlinge, eine ungefähr 2 ctm lange enge Stelle zeigt, an welcher die Darmwandungen verdickt erscheinen; diese enge Stelle des Dünndarms wird dadurch erweitert, dass man sie mit einem Längsschnitt in der dem Mesenterium gegenüberliegenden Seite spaltet und den Längsschnitt in querer Richtung vernäht. Der Dünndarm war nun also an drei Stellen genäht. Er wurde wieder reponirt, da man nunmehr glaubte, die wahre Ursache des Ileus gefunden und beseitigt zu haben, und dann die Bauchwunde durch eine doppelte, eine tiefe und eine oberflächliche, Nahtreihe geschlossen; ebenso wurde die frühere seitliche Bauchwunde, nachdem sie mit dem scharfen Löffel noch einmal angefrischt war, vernäht, bis auf einen kleinen Theil in der Mitte, der offen blieb und mit Jodoformmull verstopft wurde.

Nach der Operation ist der Puls sehr klein; am Abend ist die Patientin ausserordentlich unruhig, klagt über heftige Schmerzen und will immer aus dem Bett; so bleibt der Zustand während der ganzen Nacht trotz reichlicher Morphiumgabe. Um 1 Uhr ist der Puls kaum noch fühlbar, Morgens um 7¼ Uhr erfolgt der exitus letalis infolge von grossem Collaps.

Die Sektion ergibt:

Nach der Eröffnung des Abdomen zeigen sich an den Stellen der Operationswunden die Bauchdecken mit den Eingeweiden verklebt. Serosa und Dünndarmschlingen sind in grosser Ausdehnung mit einem zarten fibrinösen Beschlag bedeckt, der stellenweise dickere, fibrinöse Belege bildet. Die einzelnen Dünndarmschlingen unter sich sind stellenweise leicht löslich verklebt; sämmtliche Dünndarmschlingen ausser der untersten sind ziemlich stark ausgedehnt. Die rechte Seite des kleinen Beckens ist völlig obliterirt. Auf der linken Seite ist ein tiefer Hohlraum, dessen Oeffnung für 3 Querfinger bequem durchgängig ist und dessen Wandungen gebildet werden von der hintern Fläche des linken breiten Mutterbandes, von der linken Seite des Mastdarmes und Peritoneum; zwischen vordern Fläche des linken breiten Mutterbandes und hinterer Blasenwand ist ein kaum pflaumengrosser Hohlraum, dessen Wandungen mit fibrinösen Massen bedeckt sind und dessen Eingang durch eine angeklebte Dünndarmschlinge überlagert ist, welche einer der untern Dünndarmschlingen angehört, und deren Serosa theils stark injicirt, theils diffus geröthet erscheint. Der erwähnte Hohlraum setzt sich etwas nach rechts oben fort. Die untersten Dünndarmschlingen sind etwas oberhalb der rechten Leistengegend durch straffe bindegewebige Züge an einer gemeinsamen Stelle angeheftet, so dass hier vier spitzwinklige Knickungen des Dünndarmrohres entstehen; dieser Theil des Dünndarmes ist eng kontrahirt, Schleimhaut blass, ebenso Serosa. Unterhalb

dieser Stelle, zwischen ihr und der vordern untern Bauchwand in der rechten Inguinalgegend, ist ein wallnussgrosser, äusserst derber Tumor, der beim Einschneiden aus einem glattwandigen Hohlraum mit sehr derben und 5 mm dicken streifig schwarz pigmentirten Wandung dünnflüssigen, grünlich gelben Eiter entleert. Die Gegend des Abganges des proc. vermiformis vom Coecum ist narbig verändert; derselbe ist nur eine Strecke weit sondirbar. Von hier an erscheint er obliterirt und winklig nach unten abgeknickt. Von dem blinden Ende an ist ein nach dem Abscess hinführender Strang durchzufühlen von der Dicke des proc. vermiformis. Der Abscess hat eine nur eine kurze Strecke in diesen Strang hineinziehende Ausbuchtung. Die ganze Umgebung ist sehr stark bindegewebig verdichtet. Der unterste Theil des Ileum geht hinter den angehefteten 4 Dünndarmschlingen hindurch ins Coecum. — Der Uterus ist stark nach rechts gezerrt, so dass das linke ligamentum latum stark angespannt, das rechte in den Bindegewebsmassen eingebettet ist. Die hintere Fläche des Uterus ist mit dem Peritoneum und reichlichen Fettmassen durch lockere bindegewebige Stränge derartig verwachsen, dass der grösste Theil des Douglas obliterirt ist und die kleine Beckenhöhle auf die oben erwähnten Hohlräume reduzirt ist. Das linke Ovarium ist cystisch entartet und befindet sich in dem obliterirten Douglas.

Das Netz ist in der Leistengegend angewachsen und herabgezerrt, so dass das Colon ascendens eine bis in die Gegend des Coecum reichende Schlinge bildet. Der obere Theil des Rektum zeigt ziemlich starke Krümmung und ist in grosse narbige Bindegewebsmassen eingepackt. Der Magen zeigt sich normal, ebenso die übrigen Baucheingeweide.

Aus dem Befunde geht also hervor, dass die Patientin bedeutende Verwachsungen im Abdomen hatte, welche einestheils von einer Perimetritis, anderntheils von einer

Perityphlitis herrührten. Von der Perimetritis sind abzuleiten: Die Obliteration des Douglas'schen Raumes bis auf eine kleine Lücke, ferner die Einpackung und Knickung des oberen Rektumtheiles; von der Perityphlitis der Eiterherd in der rechten Inguinalgegend, der wahrscheinlich als das äusserste Ende des proc. vermiformis, der im übrigen obliterirt ist, aufzufassen ist; ferner die Anheftung von 4 Dünndarmschlingen hinter diesem Abscess, sowie die Anheftung des rechten breiten Mutterbandes hierselbst, welche eine Verziehung des Uterus nach rechts und eine Anspannung des linken Mutterbandes zur Folge gehabt hat; dadurch war nur ein kleiner Raum zwischen Uterus und Blase übrig geblieben, der mehr nach rechts als nach links hinlag; dieser Raum beherbergte eine von den Rändern seiner Oeffnung eingeschnürte Dünndarmschlinge. Bei der zweiten Operation wurde die Oeffnung dieses Raumes nach links hin aufgerissen, so dass die bei der Sektion aufgefundenen Verhältnisse nicht ganz mehr mit den früher vor der Operation angenommenen stimmten. — Zahlreiche Hindernisse für die Fortbewegung des Darminhaltes waren vorhanden:

1) Die Einklemmung einer kleinen Darmschlinge in dem oben erwähnten Raum zwischen Blase und Uterus.
2) Die Striktur in der Mitte dieser Dünndarmschlinge, wahrscheinlich von der früheren Einschnürung dieses Darmtheiles herrührend.
3) Die spitzwinkligen Knickungen des Dünndarmes da, wo dessen Schlingen in die perityphlitischen Narben eingeheftet waren.
4) Die *S*-förmige Krümmung des von Narbenmassen umgebenen Rektum.

Nach den eben beschriebenen anatomischen Veränderungen waren besonders durch die nach einer Perimetritis zurückgebliebenen Narben, welche Lücken nach hinten und links und nach vorne und rechts vom Uterus

hinterliessen, Gelegenheiten zu innerer Darmeinklemmung gegeben.

Diese Perimetritis hat sich wohl an die letzte Geburt angeschlossen; es ist zwar aus der Anamnese nichts Bestimmtes nachzuweisen, aber es liegt auch nichts anderes vor, was zu einer Perimetritis hätte Anlass geben können. Nach der Perimetritis war im Umfang des Uterus eine Verwachsung eingetreten, welche nur zwei Lücken liess, von denen die eine links in einen Rest des Douglas führte, die andere vor dem Uterus in die excavatio vesico uterina. Der Zustand, in welchem die letztgenannte Lücke zur Zeit des Lebens sich befand, war bei der ersten Operation nicht ersichtlich; bei der zweiten Operation zeigte sich die Lücke in einer kleinen Oeffnung, die etwas nach links gelegen war, zugänglich. Diese Oeffnung kann nicht viel weiter gewesen sein als ein Markstück. Sie wurde nach links bei der Operation aufgerissen und dadurch der grössere Zugang zu der excavatio vesico uterina hergestellt, der sich bei der Sektion fand. Jedenfalls konnten durch die zwei erwähnten Lücken Dünndarmschlingen hinabsinken und vom Rande unter Umständen eingeschnürt werden. Es ist sehr leicht möglich, dass die früher bei der Patientin eingetretenen Störungen in der Fortbewegung des Darminhaltes von solchen Einschnürungen herrührten. Die Verengerung, welche an einem Theil des Dünndarms gefunden wurde, kann nicht gut auf eine solche frühere Einklemmung bezogen werden; denn man hätte sonst zwei enge Stellen finden müssen, es war aber der Douglas nur an einer Stelle etwa $1^1/_2$ ctm weit verengt, so dass diese Verengerung wohl eine andere Ursache gehabt haben muss.

Möglicherweise waren die früheren Störungen in der Fortbewegung der Contenta nur durch die starken Knickungen, welche mehrere Darmschlingen erfahren hatten, hervorgerufen. Man kann sich wohl denken, dass

diese Knickungen, wenn der Darm vielleicht festen Inhalt in sich führte, ein erhebliches Hinderniss abgaben.

Wenn wir noch einmal auf die Verengerung der bei der Operation gefundenen Darmschlingen eingehen sollen, so möchten wir uns die hypothetische Bemerkung erlauben, dass diese Schlinge vielleicht auch früher in die perityphlitischen Narben in der rechten Inguinalgegend aufgenommen war, von dieser sich aber, ehe sie ganz fest wurde, wieder löste. Es blieb da ein Theil der den Dünndarm umgebenden Adhäsionen hängen und veranlasste die Umschnürung. Für diese Vermuthung spricht ausser dem Umstande, dass perityphlitische Anheftungen an der Dünndarmschlinge da waren, besonders der Grund, dass der Sektionsbefund für andere Veränderungen keinen Anlass gab.

Es bestanden demnach in dem Unterleibe der Patientin Zustände, welche

1) die Fortbewegung des Inhaltes überhaupt sehr erschwerten,
2) das Zustandekommen einer plötzlichen Einklemmung begünstigten.

Der Befund bei der zweiten Operation lässt die letzte zum Tode führende Störung, von einer plötzlichen Einschnürung der Schlinge ableiten. Das verursachende Moment dieser Einklemmung ist nicht zu ermitteln gewesen, manchmal sind es Diätfehler, z. B. der Genuss schwer verdaulicher Nahrung, manchmal eine unregelmässige Peristaltik durch mechanische Insulte bewirkt. Solche oder ähnliche Momente waren nicht nachzuweisen. Ja, es muss besonders hervorgehoben werden, dass eine Anfüllung des betreffenden Dünndarmtheiles nicht die Ursache war; denn das in der Lücke zwischen Blase und Uterus befindliche und aus derselben befreite Dünndarmstück war leer.

In unserm Falle machte die Diagnose der innern Einklemmung keine besondern Schwierigkeiten. Das Hin-

derniss für die Fortbewegung des Darminhaltes stellte sich plötzlich ein: anfangs allerdings hatte die Patientin nur Schmerzen, am nächsten Tage Stuhlverstopfung, dem sich Erbrechen anschloss, das nach einigen Tagen sogar kotige Massen zu Tage förderte. Alles, was die Patientin zu sich nahm, wurde erbrochen. Es waren dieselben Erscheinungen wie bei äusserer Einklemmung und sehr charakteristisch. Eine Peritonitis bestand nicht, welche vielleicht ähnliche Erscheinungen hätte hervorrufen können: denn der Leib war nicht besonders aufgetrieben und auch auf Druck nicht besonders schmerzhaft: nur an einer Stelle, links über dem Poupart'schen Bande bestand Druckschmerz, der analog dem Schmerz auf eine Bauchgeschwulst bei äusserer Einklemmung gedeutet werden konnte. Die Anamnese wies auch Momente genug nach, welche die innere Einklemmung hätten begünstigen können, schwere Entbindung und die später nachgefolgte Peritonitis. Man konnte wohl annehmen, dass von den frühern Entzündungsvorgängen Verwachsungen zurückgeblieben waren, welche ja so häufig die Ursache zu Einschnürungen des Darmes bilden. Dazu kam noch, dass der in die Vagina eingeführte Finger auffallende Spannung und Härte im Scheidengewölbe nachwies, welche auf Narben um den Uterus herum bezogen werden mussten. Hält man dies Alles zusammen, so ergibt sich hieraus die Diagnose einer inneren Einklemmung mindestens mit allergrösster Wahrscheinlichkeit.

Es konnte allerdings auch etwas anderes bei der Patientin bestehen: man hat z. B. beobachtet, das Konkremente im Darm, Gallensteine, Fremdkörper plötzlichen Verschluss bedingen, ebenso Tumoren, die den Darm verengern. Doch gehen den Darmverschliessungen aus solchen Gründen Erscheinungen voraus, die darauf hindeuten, Gallensteinkoliken, Ikterus, Gallensteinabgänge, oder Erscheinungen von Darmenge, namentlich bei Tumoren, bei letztern mehr allmählich. Dass das Hinderniss

so plötzlich wächst, ist bei Tumoren selten, kann aber auch vorkommen, wenn sich z. B. noch ein Fremdkörper in die Enge legt. Es wurde z. B. hier beobachtet, dass ein carcinoma recti, das lange Zeit Beschwerden gemacht hatte, plötzlich zum Verschlusse mit Tod führte, weil ein Kirschkern die Striktur ausfüllte; dasselbe können kleine Kothballen hervorrufen. Patientin hatte früher wiederholte Anfälle gehabt; diese konnten nicht gut auf ein im Darm liegendes Hinderniss bezogen werden, da Patientin immer überstand, vielmehr lag es nahe, diese früheren Anfälle auf ähnliche Ursachen zurückzuführen, die den ersten Anfall veranlassten.

Welcher Art die innere Einklemmung in diesem Falle war, ob es sich um eine Einschnürung durch einen Strang oder um eine Darmverschlingung oder um eine Invagination handelte, das konnte man natürlich, wie immer, mit Sicherheit nicht sagen. Nur eine Intussusception konnte man fast mit Sicherheit ausschliessen; denn dafür sprach nichts. Sie wird in der Regel bei Kindern beobachtet, hier handelte es sich um eine Frau von 40 Jahren. Gewöhnlich ist auch deutlich eine Geschwulst zu fühlen, was hier nicht der Fall war. Bei Intussusception bestehen oft blutige Abgänge, hier fehlten solche.

Sehr schwierig, besonders wegen der Therapie, ist die Diagnose des Sitzes der Einklemmung; da kann man unterscheiden, an welcher Stelle des Abdomen und an welcher Stelle des Darmes die Einklemmung sich befindet. Was zunächst das letztere betrifft, so könnte über die Höhe der Einklemmung am Darm die Untersuchung des Harns auf Indigschwefelsäure entscheiden, indem bei höherm Sitz die Vermehrung des Indican zu erwarten wäre. Diese Harnuntersuchung ist hier nicht vorgenommen worden, weil sie für den vorliegenden Fall, wie sich zeigen wird, von keiner Bedeutung war. — Aus der Configuration des Leibes musste auf den Sitz

der Einklemmung im Dünndarm geschlossen werden; denn die Auftreibung des Leibes war eine mehr gleichmässige, wenn auch keine erhebliche, durchaus nicht traf die Ausdehnung die seitlichen Partien des Abdomen, wie bei Einschnürung des Dickdarms, oder die Coecalgegend bei Hindernissen oberhalb des Coecum; am meisten vorgewölbt war die mittlere Gegend über der Blase, ohne besondere Spannung. Auch das frühzeitig aufgetretene und häufige Erbrechen sprach für ein Hinderniss am Dünndarm. Bei der Incision des Abdomen wurde sofort bestätigt, dass der Dünndarm abgeschnürt sein musste; denn nur Dünndarmschlingen fanden sich gebläht.

Der Sitz der Einklemmung im Abdomen musste nach den vorliegenden Erscheinungen in dem linken Becken gesucht werden, da die Patientin links unter dem Nabel Druckschmerz hatte, da dort der Arzt einen Strang gefühlt haben wollte und früher sogar ein Tumor nachzuweisen war. Dieser Schluss wurde durch die Untersuchung von der Vagina aus bestätigt; denn abgesehen von Resistenz, konnte bei Druck auf das linke Scheidengewölbe Schmerz hervorgerufen werden. Die Untersuchung vom Mastdarm aus ergab nichts besonders, als einen ähnlichen Schmerz bei Druck nach vorne. Die halbe oder die ganze Hand wurde nicht eingeführt, da der Fall schon ohne diese Untersuchung geklärt genug erschien; überdies ist die Untersuchung nach Simon wohl nur im äussersten Nothfall gestattet, da diese Methode wiederholt Rupturen des Rektum veranlasst hat.

Die Diagnose des Sitzes der Einklemmung erwies sich später als nicht ganz richtig; sie sass zwar unten im Becken, aber etwas rechts von der Mitte, jedenfalls an einer Stelle, auf die der Druckschmerz nicht bezogen werden konnte.

Was das Stadium der Einklemmung anbetrifft, so war dasselbe noch ein frühes, denn es war noch keine Peritonitis da. Der freilich erst nach der ersten Opera-

tion untersuchte Harn wies kein Eiweiss nach; auch dies konnte auf ein früheres Stadium bezogen werden, da die Menge des Eiweisses im Harn mit der Schwere der Einklemmung zunimmt. Eine Lähmung konnte noch nicht angenommen werden, da damit die Auftreibung nicht stimmte.

Das frühere Stadium der Einklemmung sprach also sehr dafür, die Operation nicht zu unterlassen und zwar musste die Laparotomie gemacht werden.

Die Einklemmung war acut eingetreten, da in Zeit von 5 Tagen Kotherbrechen auftrat; es gibt allerdings Fälle, die noch viel schneller verlaufen und schon nach 1—3 Tagen unter den schwersten Erscheinungen zum Tode führen.

Wesshalb nun bieten die operativen Eingriffe bei Ileus eine so unsichere Prognose, während z. B. dieselben Eingriffe bei äusserer Incarcervation meist mit bestem Erfolge gemacht werden? Hauptsächlich wohl deshalb, weil die Mehrzahl der Kranken erst spät und bereits sehr geschwächt, vielleicht schon gar im Zustande des Collapses in chirurgische Behandlung kommen; denn es liegt in der Natur der heutigen Verhältnisse, dass die Behandlung der innern Einklemmung im Anfangsstadium ausschliesslich nach den Regeln der innern Medicin erfolgt und dass chirurgische Hilfe erst dann gesucht wird, wenn die Kranken schon sehr geschwächt sind, diese aber kaum noch zu bringen ist.

Für derartig erschöpfte Patienten ist natürlich jeder längere operative Eingriff, wie die Eröffnung der Bauchhöhle jedenfalls ist, leicht verderblich, indem ein grosser Theil der Laparotomirten bald nach der Operation kollabirt.

In den Fällen, in denen bei Ileus nur leichte Symptome auftreten, ist es wohl am Platz, unter steter ärztlicher Aufsicht und vorsichtiger innerer Behandlung noch etwas zu warten, jedoch vergesse man nie, dass es besser ist, sich dem Vorwurf eines zu frühen als zu

späten Eingreifens auszusetzen. Bieten sich ernstere Symptome, so ist rasches chirurgisches Vorgehen entschieden am Platze, auch wenn der Ort nicht festzustellen ist; dann wird die Operation in der Regel unsere heutigen diagnostischen ungenügende Hilfsmittel ergänzen und eine Beseitigung der Ursache der Einklemmung möglich machen. Das Hin- und Herschwanken in der Diagnose muss natürlich verhängnisvoll werden bei einer Krankheit, deren Aussichten auf operative Heilung durch jede Verzögerung verschlechtert werden. Es ist demnach die wesentlichste Bedingung zur Erzielung eines guten Resultates, nämlich die möglichst frühzeitige Operation, nicht erfüllt. Recht beherzigenswerth an dieser Stelle sind die Worte des englischen Chirurgen Thomas Bryant, der auch in Uebereinstimmung mit der in Deutschland herrschenden Ansicht für die Berechtigung der Operation eintritt, auch wenn sie noch die Diagnose vervollständigen soll. An einer Stelle, wo er das Verhalten des Arztes bei innerer Einklemmung bespricht, sagt er: „Ich zögere nicht zu behaupten, dass die Pflicht des Arztes hiebei im Handeln liegt und nicht in Unthätigkeit, da Erfolg beim operativen Eingreifen wahrscheinlich, unwahrscheinlich, wenn nicht unmöglich, beim Zuwarten ist“. Seine bei diesem Grundsatz erworbene Erfahrung fasst Bryant zusammen mit den Worten: „Ich kann in Wahrheit sagen, dass ich von allen explorativen Bauchoperationen bei keiner einzigen bedauert habe, sie ausgeführt zu haben. Wo der Erfolg ausblieb, lag es nicht an der Operation, sondern an der zu späten Ausführung.“

In unserm Fall, wo die Indikationen zum sofortigen chirurgischen Eingreifen gegeben waren, handelte es sich nur noch um die Frage, ob es möglich sei, die Ursache der Einklemmung aufzufinden und zu beseitigen oder ob man sich mit der Enterotomie begnügen müsse.

Ist die Diagnose im Allgemeinen auf Ileus gestellt,

so ist es doch in den meisten Fällen unmöglich, über den Ort und die Art des Hindernisses sich ein Urtheil zu bilden. Schon dadurch wird das Aufsuchen desselben in der Bauchhöhle nach der Laparotomie sehr erschwert. Die Schwierigkeiten können noch grösser werden durch das Vorhandensein eines Meteorismus, weil die oft enorm ausgedehnten Därme alles verdecken und ein planmässiges Abtasten der Bauchhöhle unmöglich machen.

In unserm Falle, wo man auf Schwierigkeiten dieser Art nicht zu stossen glaubte, da die Aufsuchung des Hindernisses durch die Annahme eines linksseitigen und durch den geringen Meteorismus leicht erschien, war es trotz der sorgfältigsten wiederholten Durchtastung nicht möglich, auch nur einen Anhaltspunkt zu finden. Nach diesem unerwarteten Ereigniss war in unserm Fall natürlich die Enterotomie indicirt; diese Operation wurde auch sofort ausgeführt und ein künstlicher After hergestellt.

Erwägt man alle genannten Misslichkeiten, die bei der Laparotomie vorkommen, so könnte man sich leicht der Ansicht anschliessen, dass derselben die Enterotomie vorzuziehen sei, da sie wegen ihrer leichten Ausführbarkeit und fast vollkommenen Ungefährlichkeit scheinbar grosse Vortheile gewährt. In der That stützt sich auch auf die oben erwähnten Schwierigkeiten der Laparotomie die Ansicht der unbedingten Anhänger der Enterotomie, diese Operation für alle Fälle von Darmverschluss zu machen, welches auch der Sitz und die Natur desselben sei. Der erste, der dieser Operation in Deutschland einen allgemeinen Eingang zu schaffen suchte, war C. Thüngel. Anhänger derselben sind nicht wenige. Ein, wenn auch nicht unbedingter Anhänger, ist Czerny, der der Ansicht ist, man solle die Laparotomie nur in den Fällen machen, „in denen die Kräfte des Kranken noch erhalten sind, wo der Leib noch nicht gespannt ist und durch Palpation in der Narkose der Ort des Hindernisses

wenigstens mit einiger Sicherheit festgestellt werden kann, dass dagegen die Enterotomie in allen den Fällen ihre volle Berechtigung habe, wo das Abdomen stark aufgetrieben und sowohl die Art als der Ort der Einklemmung zweifelhaft sind.“ Bei diesen Einschränkungen aber würde die Laparotomie fast nie zur Ausführung kommen.

Der Zweck der Enterotomie ist bekanntlich ein palliativer; es soll durch die Eröffnung des Darmes und Anlegung eines widernatürlichen Afters der intraabdominelle Druck herabgesetzt und die übermässig gesteigerte Peristaltik beruhigt werden; dadurch wird dann häufig eine vollständige Heilung erzielt, indem sich das Hinderniss spontan löst, der Darm sich aus seiner Festklemmung wieder befreien kann, die Darmpassage frei wird, so dass der Stuhlgang auf dem gewöhnlichen Wege erfolgt. In diesem Falle nun trat dies günstige Ereigniss nicht ein, wie die Krankengeschichte zeigt; es trat keine Erscheinung auf, die zur Hoffnung berechtigte, dass das Hinderniss sich löste und die Passage wieder frei würde; nur einmal wurde das Abgehen von Winden durch den After bemerkt. Dagegen verlor Patientin allmählich immer mehr ihre Kräfte und so wäre sie sicher zu Grunde gegangen, ohne dass das Hinderniss gelöst worden wäre. Es musste deshalb versucht werden, noch einmal die Laparotomie zu machen, obwohl man sich von vornherein auf einen sehr zweifelhaften Erfolg gefasst machen musste. Dabei gelang es sehr bald, das Hinderniss, das man allein für die Ursache des Ileus halten konnte, die eingeklemmte Dünndarmschlinge, aufzufinden und die Incarceration zu beseitigen. Patientin starb dann in der Nacht; wie wir schon oben ausgeführt haben, ergab dann die Sektion noch andere pathologisch-anatomische Veränderungen, die auch Hindernisse für die Fortbewegung des Darminhaltes abgeben konnten.

Wenn wir nun aus dieser klinischen Beobachtung

einen Schluss ziehen, so dürfte sie ein neuer Beweis sein, dass die Enterotomie oft nicht im Stande ist, die Einklemmung zu beseitigen, da sie die eigentliche Ursache ganz unberücksichtigt lässt, dass es demnach unberechtigt erscheint, dieselbe in allen Fällen von Darmverschluss zur Regel zu machen. Es dürfte vielmehr unzweifelhaft sein, dass die Laparotomie streng genommen für alle Fälle von Darmocclusion das einzig rationelle Verfahren ist, vorausgesetzt, dass die Kranken frühzeitig genug zur Operation kommen. Da dies jedoch unter den heutigen Verhältnissen sehr häufig nicht eintrifft, so hat für gewisse Erkrankungen die weniger eingreifende Enterotomie einzutreten. Die Entscheidung für den einen oder andern chirurgischen Eingriff ist häufig, wie Madelung hervorhebt, nur von subjectiven Gründen und Zufälligkeiten abhängig.

Zum Schlusse sei mir noch gestattet, mich der angenehmen Pflicht zu entledigen, Herrn Professor Dr. Heineke für die grosse Mühe, die er mir bei der Bearbeitung vorstehenden Falles zuwandte, herzlichsten Dank zu sagen.

Der Verfasser.